

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ В РЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Комиссар Н. А., Лелюшкина О. А., студ. 4-го курса, Шишук А. В., студ. 2-го курса
Научный руководитель - д-р мед. наук, проф. В. Д. Шишук, канд. мед. наук, доц. Б. И. Щербак
СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и НС*

Тезисный обзор является первым фрагментом научно-исследовательской работы кафедры травматологии, ортопедии и неотложных состояний медицинского института СумГУ «Реабилитационное лечение больных с множественной травмой» (№ госрегистрации 0110 U 007597).

В последнее десятилетие в развитых странах мира возросло количество пострадавших с тяжелыми множественными травмами (политравмами). К множественным травмам относят повреждения ≥ 2 анатомо-функциональных образований опорно-двигательного аппарата в пределах одного или нескольких сегментов.

Актуальность проблемы реабилитации при политравме обусловлена высокой летальностью и частой инвалидизацией пациентов, обусловленной в большинстве случаев наличием выраженных контрактур или посттравматического остеомиелита. Кроме того, при множественных переломах увеличиваются сроки консолидации, не всегда имеется возможность применять традиционные методы лечения и реабилитации.

Результаты лечения пострадавших оценивают, прежде всего, по степени восстановления опорно-двигательного аппарата и трудоспособности в целом. Они зависят от правильности и своевременности применения травматологических, хирургических методов лечения, а также средств реабилитации на раннем госпитальном этапе.

Первый реанимационный период (первые 2-4, реже – 7 дней), характеризуется выраженными нарушениями жизненно важных функций организма. Реабилитационные мероприятия необходимо начинать сразу после выведения больного из шокового состояния.

Реабилитация больных с множественной травмой методом ЛФК имеет свои особенности, обусловленные наличием повреждений различной локализации. При этом учитывают метод ортопедического лечения (гипсовая повязка, скелетное вытяжение, остеосинтез). ЛФК при множественной травме направлена на стимуляцию экстракардиальных факторов кровообращения, улучшение микроциркуляции на периферии, восстановление устойчивой гемодинамики, профилактику гипостатических и инфекционных осложнений со стороны легких, предупреждение атрофии мышц и контрактур суставов, а также снижение стрессового воздействия на организм острой адинамии.

В первом реанимационном периоде на фоне реанимационных мероприятий каждые 2-3 ч проводят ручной или аппаратный вибрационный массаж грудной клетки (вначале нижних отделов, затем – средних, верхних и боковых). Во время прерывания массажа (1-2 раза), а также по его окончании больной выполняет статические дыхательные упражнения с толчкообразным выдохом, способствующие отхождению мокроты. До и после массажа используют статические дыхательные упражнения (полное, грудное, брюшное) с большой амплитудой вдоха и выдоха. Продолжительность процедур – 7-10 мин.

Применяют также лечение положением, повороты на бок. Пассивно поднимают вначале руки, затем ноги и удерживают их в течение 3-30 мин в возвышенном положении специальными шинами, приспособлениями. По мере улучшения общего состояния больному назначают лечебный массаж (все приемы) мышц туловища и здоровых конечностей, для травмированных же – поглаживание, растирание и легкую поверхностную вибрацию, а также ритмическое изометрическое напряжение мышц поврежденных сегментов (по 2-3 с) с использованием УФО, потенцирующего действие физических упражнений. Подбор и дозирование средств ЛФК в реанимационном периоде зависят от локализации, характера повреждения и состояния пострадавшего.